

令和 年 月 日

北栄町長 様

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、令和 年に使用して  
いたおむつ代の医療費控除の証明に必要な事項について、確認願います。

【申請者】

氏名	対象者との関係
住 所	〒
電話番号	( ) -

【対象者】

被保険者番号											
フリガナ											
氏名											
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
住 所	〒										

おむつ代の医療費控除を受ける年数（該当するものに○）

1年目 2年目以降

## おむつに係る費用の医療費控除の認定要件

Ⓐ 主治医意見書に見る 控除認定要件の記載	以下の①②の両方にチェックが入っていること ①障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） ・B1、B2、C1、C2のいずれか ②失禁への対応、尿失禁の発生可能性 (※どちらか片方、または両方にチェックが入っていること) ・失禁への対応：「カテーテル」の項目 ・現在あるかまたは今後発生の高い状態：「尿失禁」の項目
控除を受けるのが 1年目である者	その者がおむつを使用した当該年に現に受けている要介護認定、 及び当該認定を含む複数の要介護認定（有効期間が連続している ものに限る。）で、それらの有効期間（当該年以降のものに限る。） を合算して6ヶ月以上となるものの審査に当たり作成された主治医 意見書（当該複数の認定に係る全てのもの）  ※Ⓐの記載に該当する場合に限る
控除を受けるのが 2年目以降である者	おむつを使用した当該年に作成された主治医意見書（当該年に主治 医意見書が作成されていない場合は、当該年に現に受けている要 介護認定（有効期間が13ヶ月以上のものに限る。）の審査に当たり 作成された主治医意見書  ※Ⓐの記載に該当する場合に限る